4

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 février 1907, à 1 heure

Par René **LESOBRE**

[L]A DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE

DU

MOIGNON UTÉRIN APRÈS HYSTÉRECTOMIE SUPRA-VAGINALE

POUR FIBROMES

Président : M. LE DENTU, *professeur.*

Juges : MM. POZZI, *professeur.*
FAURE et MORESTIN, *agrégés.*

[L]*e candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

THESE

POUR

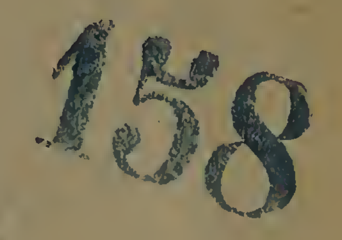
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

nnée 1907

THÈSE

N°



POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 février 1907, à 1 heure

Par René **LESOBRE**

DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE

DU

OIGNON UTÉRIN APRÈS HYSTÉRECTOMIE SUPRA-VAGINALE POUR FIBROMES

Président : M. LE DENTU, *professeur.*

Juges : MM. POZZI, *professeur.*
FAURE et MORESTIN, *agrégés.*

candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection et de mon infinie reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA
FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. MAUCLAIRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
HÔPITAL A. DUBOIS

INTRODUCTION

Dans ces dernières années, l'hystérectomie abdominale sub-totale a conquis la faveur de la plupart des chirurgiens, et bien peu nombreux sont ceux qui ne pratiquent pas cette opération de préférence à l'hystérectomie abdominale totale quand ils en ont le choix. Cette confiance paraît bien méritée d'ailleurs car, de l'avis de la grande majorité des opérateurs, l'hystérectomie sub-totale est plus facile, plus rapide, l'hémostase en est plus aisée, et d'après les statistiques les plus récentes, sa mortalité opératoire est moindre. Aussi a-t-on pu dire que la totale ne vivait que des contre-indications de la sub-totale.

Toutefois, l'accord n'est pas encore absolument parfait sur la supériorité des avantages qu'offre cette dernière opération et quelques chirurgiens, et non des moindres, lui préfèrent toujours l'hystérectomie abdominale totale. Parmi les griefs qu'ils articulent contre la sub-totale, il en est un dont on n'a parlé que depuis peu de temps. C'est celui que nous retiendrons pour en

faire le sujet de notre thèse : la dégénérescence possible du moignon cervical.

En effet le Dr MAUCLAIRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, vient d'observer à quelques mois d'intervalle, deux cas où cette dégénérescence n'était pas douteuse. Les rapprochant d'autres cas semblables, assez nombreux déjà qui ont été publiés dans ces dernières années, il a bien voulu nous charger de faire un travail d'ensemble sur la question. Nous avons accepté avec joie, car cette étude était intéressante et de celles qui provoquent la curiosité du chercheur par l'importance des conséquences qui peuvent en découler. Aussi, nous tenons à remercier publiquement ici le Dr MAUCLAIRE de la confiance qu'il nous a témoigné en nous donnant ce sujet et lui exprimons-nous toute notre reconnaissance pour les bons conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer au cours de sa rédaction.

Que le professeur LE DENTU qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse reçoive également tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait.

Pour présenter cette étude, nous avons adopté le plan suivant qui nous a paru le plus logique :

I. — *Historique.*
II. — *Observations.*
III. — *Étiologie.*
IV. — *Étude clinique.*
V. — *Traitement.*

Comme on le voit, nous n'avons pas fait de chapitre spécial d'anatomie pathologique. C'est qu'en effet le cancer développé sur un moignon cervical d'hystérectomie sub-totale ne se différencie pas du cancer habituel du col de l'utérus. Il présente les mêmes variétés au point de vue clinique et au point de vue histologique. Les voies d'extension sont les mêmes. Aussi nous renvoyons pour tout ce qui regarde l'anatomie pathologique à l'excellent article que consacre au cancer du col de l'utérus, dans son *Traité de gynécologie*, le professeur Pozzi.

I. — HISTORIQUE

En France, jusqu'en 1900, dans les nombreuses discussions qui ont eu lieu soit aux divers congrès de chirurgie, soit dans les publications originales relatives aux indications de l'hystérectomie abdominale totale ou sub-totale, il est à peine signalé en faveur de la première méthode la transformation néoplasique tardive du moignon utérin.

Voici les seules mentions que nous ayons pu trouver relatives à cette complication.

Péan (*Comptes rendus du Congrès de chirurgie de* 1897), à propos du traitement opératoire des tumeurs multiples de l'utérus et de ses annexes s'exprime ainsi : ... « Quand la portion du col conservée était assez longue, je la fixai, par excès de prudence à l'angle inférieur de la plaie.... Néanmoins, je préfère ne pas conserver le col parce que je l'ai vu plusieurs fois *devenir sarcomateux ou épithélial les années suivantes.* »

Ricard au treizième Congrès de chirurgie (1899), dans

son remarquable rapport sur l'hystérectomie abdominale totale fait un parallèle entre la sub-totale et la totale et ne fait pas d'allusion à la dégénérescence épithéliale possible du moignon cervical.

Bouilly, dans la même séance, discute également ce même point : « Cette opération, dit-il, en parlant de l'hystérectomie supra-vaginale, ne paraît pas mériter les reproches qui lui ont été adressés théoriquement et qui visent surtout l'abandon d'une petite portion du col accusée de porter l'infection dans l'abdomen ou de présenter plus tard une *dégénérescence épithéliomateuse.* L'infection peut être facilement évitée par l'évidement et la thermo-cautérisation. Quant à la dégénérescence épithéliale tardive, elle a été assez rarement observée pour qu'il n'y ait pas lieu de s'en préoccuper. *Sur cent cas environ d'hystérectomies supra-vaginales opérées depuis* 1887 *par diverses méthodes, je ne l'ai jamais constatée.* »

Au Congrès de gynécologie de Nantes 1901, M. Verdet fait encore une courte mention de la possibilité de la dégénérescence maligne du col : « Dans l'hystérectomie supra-vaginale, si le moignon est réduit dans l'abdomen, quand l'hémostase n'est pas parfaite, il se fait un petit hématome qui s'infecte facilement ; on voit des infections secondaires se produire *et on peut même observer des altérations néoplasiques consécutives* sur le moignon utérin. »

C'est à Condamin que revient l'honneur d'avoir, le premier, attiré l'attention sur les faits de dégénérescence cancéreuse du moignon cervical après hystérec-

tomie sub-totale. En effet, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon* du 27 décembre 1900, il rapporté deux observations personnelles dans lesquelles il a noté cette dégénérescence et déclare que pour cette raison, il croit la totale préférable à la sub-totale.

Mais c'est surtout Richelot qui, en France, a donné à ces faits toute l'importance qu'ils méritent. Par ses communications à la Société de Chirurgie en 1903, 1904 et 1905, il a provoqué des discussions dont la vivacité témoigne de l'intérèt qu'ont apporté les chirurgiens à la question.

Dans cès différentes communications, Richelot rapporte vingt-quatre faits dont quatre personnels, dans lesquels l'hystérectomie sub-totale pour fibromes fut suivie de dégénérescence cancéreuse du moignon. Il en conclut qu'on doit abandonner ce procédé opératoire en faveur de la totale, d'autant plus que pour lui cette dernière opération n'est ni plus difficile ni plus mortelle que la sub-totale et qu'un utérus fibromateux constitue un terrain tout prédisposé pour le développement du cancer. Personne, à la Société de Chirurgie, n'a voulu suivre Richelot dans ses conclusions et la majorité des chirurgiens continuent à pratiquer la sub-totale de préférence à la totale. Ce n'est pas ici le moment de discuter de quel côté l'examen impartial des faits doit nous faire ranger. Nous le ferons plus tard, à la fin de ce travail, quand nous aurons réuni tous les éléments de la question.

A l'Étranger, la dégénérescence cancéreuse du moi-

gnon cervical après hystérectomie supra-vaginale, ne paraît pas avoir suscité de polémiques aussi vives qu'en France. En feuilletant attentivement toutes les Revues de gynécologie allemandes de ces dernières années, nous n'avons trouvé qu'un article s'occupant de cette question. C'est celui de R. LUMPE, de Salzburg, dans le *Zentralblatt für Gynækologie* du 4 novembre 1905, p. 1354. Empressons-nous de faire remarquer que cet article est bien postérieur à ceux de Condamin (*Bulletin de la Soc. de chir. de Lyon*, 27 déc. 1900 et *Semaine gynécol.* 1902, p. 113) et à la première communication de Richelot à la Société de chirurgie (28 octobre 1903). Pourtant R. Lumpe ne fait pas d'allusion à ces auteurs. Dans son article, il réunit sept cas dans lesquels la dégénérescence maligne du moignon cervical a pris place. Les trois premiers ont été rapportés par CHROBAK dont le plaidoyer en faveur de l'hystérectomie supra-vaginale est bien connu plaidoyer basé sur les résultats de plusieurs centaines d'opérations qu'il a faites ou dont il a analysé les relations. Dans le premier cas, le moignon était recouvert par le péritoine alors que dans les deux autres, il était extra-péritonéal. Ces trois cas de Chrobak sont rappelés par ROBERT OLSHAUSEN à l'occasion d'une critique des opérations radicales abdominales pour fibromes dans le *Manuel de gynécologie* de J. Veit, 2e volume, p. 711, Olshausen ajoute : « Ces cas sont encore les seuls connus jusqu'à présent malgré des milliers d'opérations de fibromes qui ont été faites. Si ces cas venaient à se présenter plus souvent, on pourrait naturellement en conclure à l'emploi

unique de l'extirpation totale. Mais à présent, on ne peut voir dans les trois cas de Chrobak qu'un hasard tout particulier... Et puis l'extirpation totale entraîne l'inconvénient d'une technique quelque peu difficile et d'une durée plus longue. »

Le quatrième cas a été rapporté par Savor (1) à la réunion de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Vienne du 14 juin 1898. Il s'agit d'une dégénérescence cancéreuse du col après amputation supra-vaginale pour fibrome, le moignon ayant été recouvert par le péritoine. Le même auteur a relaté, à la même séance un autre cas qu'il connaissait par une communication privée de Von Hacken. Le même jour encore Von Erlach rapporta un fait semblable.

Quant au septième cas, il a été observé par R. Lumpe lui-même. Il constitue notre observation III. « J'estime dit R. Lumpe que la publication de tous les cas semblables susceptibles d'être observés peut seule nous donner des indications pour savoir si nous avons le droit de faire entrer en jeu la dégénérescence possible du col lorsque nous décidons en faveur ou contre l'amputation supra-vaginale.»

Dans la **littérature médicale anglaise** nous n'avons pas trouvé de travail d'ensemble sur la dégénérescence cancéreuse possible du moignon cervical après hystérectomie sub-totale.

Pourtant, Bland Sutton dans ses *Essays en Hystérectomy* déclare que : « C'est un devoir pour tous

1. *Zentralblatt für gynæk.*, 1898, p. 1368.

les chirurgiens pratiquement intéressés à l'hystérectomie de rapporter tous les cas dans lesquels le cancer du col s'est développé après l'hystérectomie supra-vaginale. » Et dans le *Bristish Medical Journal* du 14 octobre 1905. G. Grey Turner rapporte un cas où cette dégénérescence a pris place après une hystérectomie supra-vaginale pour fibrome. Ce cas constitue notre observation V.

Aux États-Unis, enfin, nous n'avons trouvé concernant cette question que l'article de A. J. Currier dans le *New-York medical Journal* du 28 juillet 1906. Dans cet article, Currier analyse le travail de Lumpe dont nous avons parlé plus haut et relate une observation personnelle (notre observation VI) de dégénérescence cancéreuse du moignon cervical. Il conclut par la nécessité pour les chirurgiens de revoir au moins tous les six mois toutes leurs opérées par hystérectomie subtotale, afin de dépister cette dégénérescence aussitôt qu'elle apparaît et voir si elle n'est pas plus fréquente qu'on ne le croit. Il ajoute qu'on devra toujours pratiquer l'hystérectomie abdominale totale de préférence, toutes les fois que l'état général de la femme laissera supposer une prédisposition possible au cancer.

II. — OBSERVATIONS

Observation I (*inédite*, due à l'obligeance du Professeur Mauclaire.)

Hystérectomie sub-totale pour fibromes. Dégénérescence épithéliale du moignon cervical six ans après.

Il s'agit d'une dame J. E..., âgée de 55 ans ans, entrée à la Maison Dubois, le 9 juillet 1906, dans le service du Professeur Mauclaire.

Les père et mère de cette dame sont morts tuberculeux. Pour ce qui regarde ses antécédents personnels, très sujette aux rhumes et aux bronchites, la malade a eu la rougeole et la coqueluche dans sa première enfance. Fausse couche de 5 mois, il y a vingt-cinq sept ans. Métrite sept ans après. Il y a six ans, elle a été opérée pour fibromes.

La malade entre à la Maison Dubois, le 9 juillet 1906, pour des pertes qui datent de cinq mois. Au début, elle fut prise d'une métrorrhagie pas très abondante qui dura ving-trois jours. Deux mois plus tard, elle eut des pertes rouges et blanches : ces pertes étaient fétides. Pas d'amaigrissement ; appétit assez bon ; douleurs irradiées dans le membre inférieur droit.

Au toucher vaginal, le col est notablement dévié à droite, béant, mais non dur ni ulcéré ; il ne présente pas extérieurement des signes de néoplasme, mais un curettage explorateur a ramené des fongosités et des fragments caractéristiques.

L'examen histologique confirme le diagnostic de cancer épithélial du moignon cervical. Il s'agit d'un épithélioma cylindrique, formé de tubes très larges remplis de plusieurs assises cellulaires, anastomosées et séparées par de minces travées de tissu conjonctif.

La laparotomie est pratiquée : on trouve un moignon utérin avec adhérences épiploïques, intestinales, et vésicales, absolument inextirpable. Un curettage est pratiqué par la voie vaginale : la curette pénètre assez profondément.

Signes de péritonite le deuxième jour et mort.

M. Mauclaire ne pense pas qu'il y ait eu une perforation du moignon par la curette, mais probablement une eschare a facilité l'infection péritonéale.

Observation II (*inédite* due également à l'obligeance de M. Mauclaire.)

Hystérectomie abdominale sub-totale pour fibrome. Hémorragies peu de temps après. Épithélioma du moignon.

Mme L. M..., employée de commerce, âgée de 45 ans, entre le 23 octobre 1906, à la Maison Dubois, dans le service du Professeur Mauclaire.

Rien de particulier au point de vue héréditaire. Au point de vue des antécédents personnels, la malade a eu la rougeole à

7 ans. Réglée à 13 ans, les règles ont été normales jusqu'à 43 ans. Première grossesse à 18 ans, normale ; deuxième grossesse à 20 ans, normale également.

En octobre 1903, métrorrhagies pour lesquelles la malade est venue consulter le Dr Mauclaire qui porta le diagnostic de fibrome. La malade fut opérée en mars 1904 : hystérectomie supra-vaginale. La pièce enlevée fut examinée minutieusement et ne permit de constater à ce moment aucun signe d'infiltration cancéreuse. Pourtant, un mois environ après l'opération, la malade recommence à perdre du sang mais peu abondamment. Ces métrorrhagies surviennent assez régulièrement environ tous les mois, à tel point que la malade se croit encore réglée.

A partir du mois de mai 1906, les hémorragies deviennent pour ainsi dire continuelles. En même temps, la malade perd des liquides roussâtres et fétides. Ses forces diminuent considérablement. L'appétit n'est pas très bon. Il y a un amaigrissement très notable : 30 livres environ.

A l'examen local, on constate un col ulcéré et végétant, présentant tous les caractères de la dégénérescence épithéliale. La curette ramène des fongosités caractéristiques.

Histologiquement, il s'agit d'un épithélium pavimenteux lobulé.

Les lésions paraissent trop avancées pour justifier une intervention abdominale. On se contente de pratiquer le 23 novembre 1906, un curettage par la voie vaginale avec pansement au carbure de calcium. Ce pansement a donné de bons résultats.

Observation III (*Traduite de* R. Lumpe : *Zentralblatt. für Gyn.*, n° 44, 1905).

Hystérectomie abdominale sub-totale pour infection utérine Épithélioma du moignon opéré vingt mois après.

Il s'agit d'une dame Madeleine Tamm, âgée de 42 ans, aide-tailleur à Salzburg. Cette femme a eu huit grossesses. Première grossesse et couches normales. Enfant vivant, actuellement âgé de 17 ans. Deuxième grossesse à terme ; accouchement d'un enfant mort ; couches normales. Troisième grossesse : dans les deux derniers mois douleurs osseuses et articulaires, troubles digestifs, fatigue légère ; accouchement normal d'un enfant à terme. Cet enfant mourut à 12 ans. Les phénomènes mentionnés ci-dessus prirent de plus en plus d'extension et en arrivèrent aux symptômes typiques d'ostéomalacie avec déformations considérables du bassin qui rendirent les accouchements de plus en plus difficiles. L'état général de la femme empira avec chaque grossesse. Quatrième et cinquième grossesses : l'accouchement dut être terminé par crâniotomie. Sixième, septième et huitième grossesses : fausses couches artificielles. La femme en arriva à sa neuvième grossesse. Au quatrième mois, le 18 janvier 1904, elle fut admise à la clinique provinciale d'accouchements dans un état très misérable. Mon intention était pour mettre fin à cet état maladif, d'extirper l'utérus gravide. La femme refusa son consentement, et demanda qu'on ne fît qu'interrompre la grossesse. Alors je lui fis la proposition de vider d'abord l'utérus puis d'enlever les ovaires. Mais il en advint autrement. Après l'avortement provoqué au moyen des lami-

naires, et introduction de gaze iodoformée stérilisée dans la cavité utérine, une fièvre très élevée se déclara le jour suivant (41°5) avec frissons répétés. La situation devenant de plus en plus critique, avec le consentement de la malade je pratiquai l'amputation supra-vaginale de l'utérus gravide avec enlèvement des annexes et traitement rétropéritonéal du pédicule.

Convalescence parfaite. Les douleurs osseuses disparurent peu à peu.

La malade prit du phosphore pendant plusieurs semaines. Elle se présenta encore plusieurs fois dans la suite. Son état général était alors en apparence très bon avec augmentation de poids notable.

Le 15 septembre 1905. — La femme se présenta à la clinique, disant qu'elle se trouvait très bien mais qu'elle éprouvait une sensation bizarre de blessure dans le bas-ventre. L'examen conduisit au diagnostic suivant : cancer du col. Le 19 septembre 1905, laparotomie.

L'extirpation du moignon cancéreux fut très laborieuse à cause d'adhérences avec l'intestin qui durent être détachées. Il y avait également des adhérences avec la vessie qui rendirent le travail difficile.

La femme se trouve encore actuellement (7 octobre 1905) en convalescence régulière. L'examen histologique confirma le diagnostic clinique.

Observation IV. — *Traduite de* R. Lumpe : *Centralblatt für Gyn.*, (déc. 1905.)

Hystérectomie supra-vaginale pour fibrome. Cinq ans après, constatation à l'autopsie d'un cancer du moignon.

Il s'agit d'une femme âgée de 46 ans qui fut opérée d'un fibrome le 12 octobre 1892 à la clinique des femmes de l'Uni-

versité de Breslau. On lui fit une hystérectomie supra-vaginale; la guérison fut régulière. Cinq ans plus tard, le 6 avril 1897, l'autopsie de cette femme fut pratiquée par le professeur Kauffmann à l'Institut pathologique de la Toussaint à Breslau. On trouva entre autres choses un cancer développé sur le moignon utérin, cancer non ordinaire dans sa structure. Cette observation du professeur Kauffmann a été le point de départ d'une étude anatomo-pathologique très intéressante parue dans les *Archives de Virchow* pour l'anatomie pathologique, la physiologie et la médecine clinique (Bd. CLIV, 1898.)

Observation V. — *Traduite de* G. Grey Turner in *British Medical Journal* (14 octobre 1905).

Hystérectomie sub-totale pour fibrome. Huit mois après, cancer du col opéré. Six mois après cette deuxième opération, récidive vaginale.

Il s'agit d'une femme âgée de 47 ans, mère de cinq enfants, le plus jeune âgé de 15 ans. Elle vint à l'Hôpital se plaignant d'un gonflement de son abdomen qu'elle avait remarqué depuis quinze mois, augmentation de volume qui s'était produite progressivement pendant cette période avec exacerbations à chaque époque menstruelle. Les périodes étaient toujours régulières, mais dans les deux dernières années les pertes avaient été excessives. De temps en temps, elle avait des crises douloureuses dans le côté gauche, accompagnées de vomissements. C'était une femme grosse, forte, bien nourrie, avec une tumeur utérine du volume d'une grossesse de six mois. Le col ne présentait rien pouvant donner l'idée d'une affection maligne.

Opération. — Le 10 mars 1899, M. Morison ouvrit le ventre et trouva un gros myome mou s'étendant dans le ligament large gauche. L'utérus et sa tumeur avec leurs dépendances furent enlevés par hystérectomie supra-vaginale, d'après le procédé de Kelly, le col en entier (qui apparut parfaitement normal) étant seul laissé. La tumeur était un fibrome mou, œdémateux et ne présentait rien qui pût faire penser à une dégénérescence maligne.

Résultat. — La femme fit une bonne convalescence et rentra chez elle. Huit mois plus tard, en novembre 1899, elle fut poussée à consulter pour une douleur lancinante qu'elle éprouvait dans le côté gauche, au-dessus de la crête iliaque, avec irradiations dans la cuisse. Pendant les quatre mois qui avaient suivi l'opération, il n'y avait pas eu d'hémorragies ; au bout de ces quatre mois, il y en eut une petite qui cessa, mais bientôt réapparut. L'état général était bon et la malade avait gagné du poids pendant les deux mois précédant sa réadmission. Il n'y avait pas de symptômes du côté du rectum ou de la vessie, mais sur le côté gauche du col, il y avait une ulcération ancienne entourée par quelques nodules durs : l'orifice inférieur du col était suffisamment large pour admettre l'index. Les parois du canal cervical donnaient la sensation d'être recouverte par des granulations molles et friables.

Seconde opération. — M. Morison enleva le col par la voie vaginale le 16 novembre 1899. Sa friabilité rendit l'opération difficile d'autant plus qu'il était haut situé du côté gauche et en avant vers la base de la vessie. Il y avait à l'intérieur du col une végétation molle et papillomateuse qui fut qualifiée par l'Association des recherches cliniques « Cancer typique. »

La convalescence fut sans incidents, et en mai 1900 la femme

se considérait comme très bien et il n'y avait alors aucun signe de récidive. Mais bientôt après, une surface indurée suspecte fut découverte sur la voûte du vagin, et la malade se confia alors aux soins de M. H. D. Lewick de Middlesbrough, se plaignant de douleurs et d'hémorragies. Il trouva une végétation ayant environ la dimension d'un shilling, sur la paroi antérieure du vagin, végétation qu'il enleva avec plein succès le 2 avril 1901. La végétation fut soumise à l'examen microscopique qui montra qu'il s'agissait indubitablement d'un épithélioma.

Remarques. — La malade examinée, le 29 décembre 1906 ne présentait pas de signes de récidive. Ainsi donc elle était exempte de cancer plus de cinq ans après l'enlèvement du col pour cette affection et trois ans et huit mois après l'extirpation d'une récidive dans le vagin.

Il est regrettable que les organes enlevés lors de la première opération, (pour fibrome) n'aient pas été examinés microscopiquement, et plus regrettable encore que n'ayant pas été conservés, on ne puisse maintenant réparer cette omission. Il est cependant tout à fait certain qu'il ne fut rien découvert, quand le malade vint pour la première fois à l'hôpital, soit lors de l'examen, soit pendant l'opération, qui pût faire soupçonner au chirurgien une affection maligne. Cependant, les lésions étaient si avancées, quand le col fut enlevé huit mois après la laparotomie, qu'il semble probable que le cancer existait déjà à cette époque. C'est d'autant plus probable que la végétation remontait haut à l'intérieur du canal cervical alors que les lésions étaient insignifiantes sur la surface externe de l'orifice inférieur

et que c'est justement la forme de cancer du col qu'il est le plus facile de méconnaître.

Un tel cas montre bien avec quel soin le chirurgien devra examiner le col avant de se prononcer en faveur de l'hystérectomie sub-totale contre l'hystérectomie totale.

Observation VI (*Traduite* DE CURRIER A. J. *New-York Medical Journal*, 28 juillet 1906.)

Hystérectomie sub-totale pour fibromes. Dix huit mois après cancer du sein opéré. Trois ans après l'extirpation du cancer du sein épithélioma du moignon cervical.

La malade était âgée de 51 ans et vint me trouver de Port-Chester le 5 octobre 1905. Le corps de l'utérus, les ovaires et les trompes avaient été enlevés pour cause de fibrome le 23 mars 1901 par feu le Dr Georges R. Fowler de Brooklynn.

Le malade se rétablit promptement, mais il se développa par la suite un cancer du sein gauche qui fut enlevé par le même chirurgien, dix-huit mois après la première opération. La convalescence de la seconde opération fut aussi prompte bien que depuis la malade se plaigne de douleur et de gonflement dans son côté et son bras gauche.

La malade me déclara en outre que le Dr Fowl lui avait déclaré qu'une nouvelle intervention sur l'utérus serait nécessaire, mais celle-ci fut différée à cause du cancer qui s'était développé sur le sein.

Comme l'opération du sein fut faite en septembre 1902, il semble difficilement probable que le cancer ait déjà alors fait son apparition dans le canal cervical ou bien il aurait fait beau-

coup plus de progrès pendant les trois années passées avant que la malade ne vînt me trouver.

L'état général de la malade était bon, quoiqu'elle fût d'un tempérament certainement nerveux.

La portion vaginal du col était relativement large, profonde de deux pouces et demi, mobile, très sensible à la pression, à l'intérieur. Je pouvais difficilement croire à la vue du volume de l'organe que l'utérus avait été enlevé. Il y avait une grande sensibilité des tissus environnant le col, dégénérescence kystique de la muqueuse de l'orifice inférieur et relâchement des parois vaginales. La cicatrice opératoire du sein était sensible, surtout près de l'aisselle, mais il n'y avait pas d'apparence de récidive. *Le col fut enlevé du vagin* le 10 novembra 1905 et fut trouvé bien recouvert par du péritoine épaissi fermement adhérent. Les artères utérines étaient absentes et rien d'anormal ne fut découvert dans le pelvis. La muqueuse de l'orifice inférieur du col présentait un épithélioma typique qui n'avait pas envahi ni détruit les tissus environnants La malade s'est rétablie promptement et je ne l'ai pas revue depuis qu'elle est retournée chez elle.

Observation VII (Condamin : *Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, 27 décembre 1900 et *Semaine Gynécologique*, 1902, p. 113.)

Hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibrome. Un an après, épithélioma du moignon.

« Il s'agit d'une femme C.., de Monplaisir, âgée de 58 ans, qu présentait avec un fibrome remontant au-dessus de l'ombilic des pertes abondantes non fétides et des phénomènes extrêmement douloureux. L'hystérectomie abdominale fut pratiquée suivant

le procédé de notre maître, le professeur Laroyenne dit procédé avec collerette péritonéale. Cette méthode consiste, après la section des ligaments larges, à décoller le péritoine jusqu'à l'isthme du col, point où l'on pratique la section de l'utérus et du fibrome après ligature des vaisseaux, puis les bords de la collerette péritonéale sont suturés aux bords inférieurs de la plaie opératoire.

Aucun incident opératoire ni post-opératoire. Ce n'est qu'un an environ après l'intervention qne l'on vit survenir d'abord une éventration au niveau de la plaie opératoire, puis de nouvelles pertes hémorragiques et dans la suite une masse molle bourgeonnante au niveau de l'enfouissement du moignon cervical. Phénomènes de cachexie progressive et mort. Cette malade, au moment de l'opération n'avait rien présenté de suspect au niveau du col ou du fibrome qui était dur et ne présentait aucun caractère de tumeur maligne. »

Observation VIII (*id.* Comdamin, *loc., cit.*)

Hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibromes.
Deux ans et demi après épithélioma du moignon.

« Le second cas se rapporte à une malade de 40 ans, opérée pour un fibrome, ou plutôt pour une série de fibromes, le 24 janvier 1889. Même opération que précédemment, c'est-à-dire, ablation abdominale sub-totale par le procédé à collerette péritonéale de M. Laroyenne. Pas d'accidents opératoires ni post-opératoires. Elle rentre chez elle le 21 février présentant encore un petit trajet fistuleux au niveau de la marsupialisation de la collerette péritonéale. On y maintient une mêche de gaze iodoformée.

Le 14 mai de la même année, la malade est revue. La cicatrisation est complètement terminée. Il n'y a pas d'éventration. Le col est très haut, fortement attiré du côté de la cicatrice abdominale. La malade s'est modifiée considérablement du côté de l'état général.

Le 17 avril 1890. — La malade est revue : elle présente une large éventration en bas de la ligne d'incision.

Le 20 avril. — Nous pratiquons la cure radicale de son éventration ; on retrouve le moignon cervical induré et paraissant plus gros que nous ne l'avions laissé au moment de la première intervention. Résection de toute la paroi qui constitue l'éventration et suture abdominale sur les trois plans ; guérison rapide.

En juin 1891, la malade revient dans le service pour des pertes et des douleurs abdominales assez vives. On constate une dégénérescence épithéliale du col et une augmentation très notable du moignon cervical, très nettement appréciable au-dessus du pubis. Le mois suivant, en juillet, le néoplasme a progressé et envahit la plaie abdominale. La malade meurt en août la même année. »

Observation IX (L.-G. Richelot : *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie* 28 octobre 1903.)

Hystérectomie abdominale sub-totale pour fibrome. Epithélioma du moignon six mois après.

« Jeanne V., 39 ans, fut opérée le 30 avril 1899, pour un gros utérus dont la lésion était obscure. L'épaisseur de la paroi abdominale chargée de graisse me permettait seulement de juger qu'il était assez régulièrement arrondi, mobile et n'atteignant pas tout à fait l'ombilic. Ces quelques signes, des

douleurs, des hémorragies et aussi des pertes séreuses me laissèrent hésiter entre un fibrome et un cancer du corps. La femme n'avait pas eu d'enfants ; le vagin était fort étroit, le col intact et très haut situé. Les deux voies d'accès paraissant également difficiles, le diagnostic incertain me fit choisir la laparotomie. J'abordais un utérus fibromateux, contenant une seule tumeur, grosse comme les deux poings et développée aux dépens de son fond, si bien que les deux annexes et les ligaments larges étaient cachés tout au fond du petit bassin et que, gêné par l'épaisseur de la paroi abdominale, j'opérais comme dans un puits. J'aurais bien voulu faire l'hystérectomie totale, car je me demandai encore si je ne trouverais pas de cancer dans la cavité utérine, mais dans un cas pareil, la sub-totale était plus expéditive et plus sûre. Je me décidai pour elle, quitte à poursuivre l'extirpation du col si l'examen de la cavité m'y forçait. L'utérus enlevé fut examiné, séance tenante ; il ne contenait rien de suspect ; la tranche était saine ; le moignon cervical, de son côté, n'offrait rien d'anormal. Je terminai l'opération sans autre incident.

Six mois plus tard, la malade revint se faire examiner : elle avait un cancer du col envahissant les culs-de-sac et dont je tentai vainement l'*extirpation par une seconde laparotomie*. Devenue promptement cachectique elle alla mourir dans son pays.

Observation X (Richelot., *loc. cit.*)

Hystérectomie sub-totale pour fibrome. Epithélioma du moignon trois ans après.

Mme B, 38 ans, fut opérée le 2 juillet 1898. La tumeur montait au-dessus de l'ombilic ; un gros fibrome, entièrement

sorti de la paroi était largement pédiculé sur le fond de l'utérus; le corps était gros comme les deux poings et contenait un fibrome interstitiel ; le col était hypertrophié, scléreux. Deux hydrosalpiux obstruaient le petit bassin, de grosses veines sillonnaient les ligaments larges. La complexité de l'opération, les difficultés de l'hémostase, m'engagèrent à couper simplement au-dessus de l'insertion vaginale ; le museau de tanche fut laissé, la tranche et la cavité cervicale brûlées au thermocautère et le petit moignon recouvert de péritoine.

La malade resta guérie pendant trois ans, puis à la fin de l'année 1901, elle eut de nouveau des pertes et des douleurs et quand elle revint me voir le 20 octobre 1902, elle avait un cancer envahissant du col et du cul-de-sac.

Observation XI (Richelot : *loc. cit.*)

Sur ce fait, le Dr Richelot n'a pas conservé de notes écrites. C'était une malade qu'un autre chirurgien avait opérée pour fibrome en laissant un moignon; le Dr Richelot ne la vit qu'en passant et constata un cancer du col, inopérable comme les précédents.

Observation XII (Richelot, *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*: séance du 1er juin 1904.)

Hystérectomie sub-totale pour fibrome. Epithélioma du moignon cinq ans après.

« J'ai fait cette opération le 18 juillet 1899, il y a cinq ans. Mme B...,âgée de 44 ans avait un fibrome des plus simples, un utérus gros comme la moitié d'une tête d'adulte,qui lui don-

nait des règles toujours abondantes et des métrorrhagies assez graves.

L'opération fut régulière et la malade guérit assez promptement. Je la revis en juillet 1900 et notai avec soin les phénomènes qu'elle présentait. Elle allait fort bien en somme : indolence et souplesse parfaite dans le petit bassin, nerveuse, plutôt moins qu'avant l'opération ; très peu incommodée par les bouffées de chaleur ; très rhumatisante, et ayant des douleurs dans les épaules, le cou, les bras, les jambes. Son observation fut classée parmi celles qui peuvent servir à élucider la question des prétendus troubles nerveux post-opératoires.

Il y a quelques semaines, le malade vint me revoir, se plaignant de petits suintements sanguins, et je trouvai au fond du vagin, une ulcération du moignon cervical, sur laquelle il n'était guère possible de conserver un doute. Je pris sur le col ulcéré un fragment que je confiai à M. Bender, préparateur à la Faculté ; l'examen histologique qu'il voulut bien faire démontra pleinement qu'il s'agissait d'un épithéliome. La malheureuse met ainsi le dernier trait au tableau qu'elle m'a donné l'occasion d'étudier une fois de plus, celui de l'arthritique nerveux dont l'utérus d'abord scléreux, hypertrophique, produit des fibromes et devient plus tard le siège d'une néoplasie maligne. Commme le moignon me paraissait mobile, sans infiltration autour de lui, et malade seulement à sa pointe, je résolus de l'enlever ; ce fut fait le 7 avril, et j'eus la chance de pouvoir extirper ce morceau d'utérus en respectant la vessie, et d'arriver partout sur des tissus souples et sains d'apparence. Sur la pièce le cancer occupe, en effet, les deux lèvres du moignon sans atteindre la base et j'espère avoir rendu quelque service à la malade.

Observation XIII (Albert Martin : *Bullet. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1905, p. 531).

Hystérectomie sub-totale pour fibrome. Epithélioma du col trois ans après.

Femme de 58 ans, « très arthritique (coliques hépatiques, etc.) »; hystérectomie sub-totale le 5 mars 1903, pour un énorme fibrome; cautérisation de la muqueuse cervicale au thermo-cautère. La malade est revue en 1906 ; épithélioma non douteux du col utérin, douleurs de propagation à partir du mois de juin, et mort en octobre de la même année.

Observation XIV (Picqué : *Bullet. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1905, p. 532).

Hystérectomie supra-vaginale pour fibrome. Epithélioma du moignon onze ans et demi après.

Femme de 51 ans, opérée d'un énorme fibrome il y a onze ans et demi. Examinée en août 1904, elle présente un néoplasme envahissant du col et des culs-de-sac ; l'état général est précaire, et toute intervention est reconnue impossible. Le 6 septembre, elle est prise de symptômes urémiques ; le rein droit est gros et douloureux ; le 7 néphrotomie d'urgence et mort dans la soirée.

Observation XV (Beurnier : *Bullet. et Mém. de la Soc. de chir.* 1905, p. 532.)

Hystérectomie sub-totale pour fibrome. Epithélioma du moignon huit mois après.

Femme de 49 ans ; examen à l'hôpital Tenon en mai 1904, huit mois après une hystérectomie sub-totale pour fibrome.

Écoulements ichoreux ; amaigrissement. Les deux lèvres du col utérin sont ulcérées et de consistance néoplasique ; souplesse et intégrité des culs-de-sac ; après l'examen vaginal le doigt sort sanglant et l'odeur est caractéristique. Au spéculum la portion vaginale du col paraît prise dans le tiers de sa hauteur, l'ulcération pénètre dans la cavité cervicale, des bourgeons saillants et mollasses la recouvrent. A l'exploration minutieuse de l'abdomen, rendue facile par la dépressibilité de la paroi, aucune tumeur, aucune preuve de diffusion ; mais la malade offre des signes d'urémie chronique, elle est très faible et ne pourrait supporter une intervention. Pendant son séjour à l'hôpital, l'ulcération augmente,un fongus volumineux se développa avec des écoulements sanieux, et la malade meurt d'urémie dans le courant d'octobre.

Observation XVI (Bazy : *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1905, p. 533).

Hystérectomie sub-totale pour fibrome. Epithélioma du moignon deux ans après.

Femme de 40 ans ; fibrome utérin, avec col volumineux développé surtout aux dépens de la lèvre antérieure. La masse fibromateuse monte à mi-chemin de l'ombilic, les culs-de-sac sont comblés par des lobules secondaires. Le 30 avril 1905, hystérectomie sub-totale (la section passe un peu au-dessous de l'isthme ; suites opératoires simples. Deux ans plus tard, le15 mars 1905, le malade revient avec des hémorragies nouvelles et un cancer du moignon cervical. Un curettage est pratiqué,puis la malade est prise de vomissements. fièvre, délire et le 7 avril elle quitte l'Hôpital pour rentrer chez elle dans un état désespéré.

Observation XVII (Labeyrie (Nantes) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1905, p. 533.)

Hystérectomie pour fibrome. Epithélioma du moignon deux ans après.

Femme de 40 ans ; hystérectomie pour fibrome en 1900 à l'hôpital de Chantenay. Deux ans plus tard, en avril 1902, elle entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes et présente à l'examen un cancer du col avec bourgeons exubérants et envahissement des culs-de-sac. L'étendue des lésions réduit l'intervention au curettage suivi de cautérisation thermique. A l'examen histologique, il s'agit d'un épithélioma lobulé. La malade a été perdue de vue.

Observation XVIII (Guinard : *Bullet. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1903, p. 1032.)

Hystérectomie sub-totale pour fibrome. Épithélioma du moignon six mois après.

Mme X..., âgée de 48 ans, a, depuis dix-huit mois, des métrorrhagies ; mais ce n'est que depuis trois mois que le ventre augmente de volume. Elle se plaint surtout de phénomènes de compression du côté de la vessie et du rectum. Le 1er mai 1901, je pratique l'hystérectomie sub-totale. La tumeur avait le volume d'une tête d'adulte ; elle était due à la périphérie, mais au centre elle semblait œdémateuse et ramollie. L'opération fut laborieuse à cause des adhérences de la tumeur avec le rectum. Résultat opératoire parfait. Le 28 octobre 1901, c'est-à-dire six mois après, la malade me revient avec des hémorragies vaginales et des pertes « d'eau rousse ». Le toucher montre des fongosités dans le col utérin, et le 31 octobre 1901 je pratique par le vagin, après rachicocaïnisation, l'ablation du col, ce qui fut fait

avec la plus grande facilité. Le microscope montra qu'il s'agissait d'un épithélioma du col.

Le 10 juillet 1902, neuf mois après l'ablation du col par le vagin et quinze mois après l'hystérectomie sub-totale, de violentes douleurs abdominales me ramènent le malade à la Maison Dubois ; les selles sont difficiles et douloureuses. Par le toucher, on trouve le fond du vagin rempli de bourgeons épithéliaux ulcérés et saignants. La malade n'a pas tardé à succomber à une généralisation péritonéale.

Observation XIX (Guinard: *loc. cit.*)

Hystérectomie sub-totale pour fibrome. Épithélioma du moignon dix-huit mois après.

Cette observation a trait à une malade de Maintenon, âgée de 57 ans, que j'ai opérée le 5 février 1902, avec mon interne M. Gadaud. Cette femme avait depuis sept ans un volumineux fibrome utérin avec des pertes et de la pesanteur dans le bassin. L'état général était excellent et rien ne pouvait faire croire à une récidive maligne ultérieure. L'hystérectomie subtotale fut des plus simples. La masse enlevée pesait 2 kgr. 300. Après un incident de désunion de la plaie, au moment de l'ablation des fils, la guérison se fit très complète, et la malade rentra chez elle en parfait état. En juillet 1903, dix-huit mois après l'opération, l'opérée revient dans mon service de la Maison Dubois où notre collègue, M. Morestin, qui me remplaçait, trouva par le toucher vaginal un cancer du col utérin avec envahissement des culs-de-sac vaginaux. Les lésions étaient si avancées que toute intervention fut jugée impossible et la malade est en train de succomber à son cancer.

Observation XX (Quénu : *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1903, p. 1077.)

Hystérectomie supra-vaginale pour fibrome. Épithélioma du moignon quatre ans après.

M. Quénu, sur près de deux cents malades opérées depius 1897, n'a observé qu'un seul exemple de dégénérescence cancéreuse du moignon cervical. Dans ce cas, l'envahissement du col s'est produit plus de quatre ans après l'opération. « Ma malade, déclare M. Quénu, fut opérée par moi au pavillon Pasteur en novembre 1898, il y a cinq ans, par conséquent ; elle avait alors 41 ans. Elle était entrée dans notre service pour des douleurs et des signes de salpingite ; ses règles étaient généralement abondantes.

Aucune hémorragie dans l'intervalle. L'opération eut lieu le 21 novembre 1898 par laparotomie. Nous découvrîmes un fibrome du volume du poing, adhérent en arrière au Donglas qui était effacé. La trompe gauche était transformée en un gros abcès, l'ovaire du même côté renfermait un kyste gros comme une pomme. Suites simples.

Depuis quelques mois, pertes sanguines continuelles. Nous constatons, par le toucher et par la vue l'existence d'un cancer du col inopérable.

Observation XXI (H. Hartmann in *Ann. de Gyn., et d'Obst.* mars 1906.)

Hystérectomie supra-vaginale pour fibrome. Epithélioma du moignon deux ans après.

E. L..., 53 ans, entre le 16 décembre à l'hôpital Lariboisière. Réglée à 14 ans, elle a eu quatre grossesses normales à 15, 22, 32

et 34 ans. A 45 ans, elle a commencé à avoir des métrorrhagies. La persistance de ces hémorragies et un certain état de faiblesse la poussent à entrer à l'hôpital.

L'examen à ce moment, montre un col un peu ouvert, sans rien de particulier et un fibrome de la paroi antérieure du corps de l'utérus, le tout mobile.

Le 9 janvier 1903, mon collègue, le Dr Michon, pratique en mon absence l'hystérectomie supra-vaginale, enlève les annexes droites et laisse en place l'ovaire gauche sain. L'examen de la pièce montre un fibrome sous-muqueux unique de la face antérieure.

Guérison sans incidents.

Pendant deux ans, la malade va très bien ; en janvier 1905 elle a une hémorragie puis de petites pertes sanguines alternant avec des pertes blanches ; elle maigrit un peu et se décide à entrer de nouveau dans le service le 3 juillet 1905. Nous constatons à ce moment qu'il existe à la place du col, une masse dure irrégulière et saignante ; aucune induration au niveau des ligaments larges. Dans ces conditions, nous prions notre assistant M. Lecène d'enlever le moignon utérin avec la partie supérieure du vagin.

Cette ablation faite le 7 juillet 1905, par l'abdomen ne présenta rien de particulier ; le ventre est refermé sans drainage et la malade quitte l'hôpital, guérie, le 25 du même mois.

L'examen de la pièce enlevée montre qu'il s'agit d'un carcinome cavitaire ulcérant toute la cavité du moignon. Sur les coupes histologiques faites par M. Lecène, on constate qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé avec globes cornés. La longue période écoulée sans symptômes, deux ans, rapprochée des résultats de l'examen fait lors de la première opération, permet

de dire qu'il s'agit d'une dégénérescence secondaire du moignon et non d'un épithélioma méconnu.

Observation XXII (Wemmer, *Zeitschrift f. geb. und gyn.* 1888, XIV, p. 106).

Hystérectomie abdominale avec pédicule externe pour fibrome. Dégénérescence sarcomateuse du moignon quelques mois après.

Femme de 45 ans. Elle était porteuse d'une tumeur utérine ayant acquis en l'espace de trois mois un volume considérable, avec fièvre et infiltration œdémateuse des membres. On fit l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibrome pur. Mais au bout de quelques mois survint une répullulation au niveau de la cicatrice abdominale du pédicule. L'examen du tissu nouveau révéla un processus franchement sarcomateux. La femme succomba peu de temps après.

Observation XXIII (Menge, *Zentralblatt f. gyn.* 1895 XIX, p. 453).

Femme de 56 ans ayant eu six grossesses et atteinte depuis dix ans d'une tumeur utérine diagnostiquée fibrome. Depuis quelques mois la santé s'altérait sans motif appréciable.

Une intervention fut jugée nécessaire. Laparotomie et ablation d'une tumeur pesant 11 livres, accompagnée d'un peu d'ascite.

Le moignon utérin fut traité suivant le procédé de Zweifel. L'examen du néoplasme fit voir qu'il s'agissait d'une tumeur histologiquement bénigne. Huit mois plus tard, la malade revient consulter pour une récidive ; mort le dixième jour ; examen du tissu morbide : myosarcome lymphangiectasique.

Observation XXIV (Savor : *Société d'Obst. et de Gyn. de Vienne*, 1898, 6 juin).

Hystérectomie avec pédicule rétropéritonéal pour fibrome. Épithélioma du moignon quatre ans après.

Femme de 52 ans, ayant subi, quatre ans auparavant, l'hystérectomie avec pédicule rétropéritonéal pour un fibromyome utérin. Depuis quelques semaines, leucorrhée abondante, striée de sang. On trouve sur la lèvre postérieure du col une sorte de champignon envahissant déjà la paroi vaginale correspondante. On eut beaucoup de peine à faire l'excision du mal à cause des adhérences.

La malade guérit et n'avait pas encore présenté de récidive au moment de la communication de Savor.

Observation XXV (Erlach : *Société d'Obst. et de Gyn. de Vienne*, 14 juin 1898).

L'auteur cite le cas d'une femme qui eut une dégénérescence maligne de son moignon, un an après une hystérectomie abdominale sub-totale pratiquée pour un myome gangrené.

Observation XXVI (Shenk : *Arch. für Gyn.*, 1901, p. 445).

Hystérectomie abdominale avec pédicule pour fibrome. Épithélioma du col quatre mois après.

Femme de 57 ans, multipare. Depuis deux mois, métrorrhagies douleurs, amaigrissement. On porte le diagnostic de fibromyome. Hystérectomie abdominale avec pédicule le 16 décembre 1897.

Le 14 avril 1898. — Les pertes et les douleurs recommencent ; on trouve alors un champignon cervical qui saigne facilement par le toucher. Une intervention nouvelle est refusée. Mort le 15 août 1898.

Nota. — Il semble bien que dans ce cas il y ait eu une erreur de diagnostic et que le processus cancéreux existait déjà au moment de la première intervention. En effet c'est moins de quatre mois après l'opération qu'on trouve un champignon sur le col, et la marche de cancer est si rapide que la malade meurt huit mois après cette opération.

Observation XXVII. — (Freund : Huitième session de la *Soc. de gyn. allem*, 1899, p. 231).

Freund se borne à déclarer qu'il a vu un cas de moignon cervical ayant subi la dégénérescence maligne.

Observation XXVIII (Rochard. *Bullet. et Mém de la Soc. de Chirurgie* 25 novembre 1903.

Hystérectomie sub-totale pour fibrome. Épithélioma du moignon quatre ans après.

Je tenais à apporter à la Société un fait qui vient s'ajouter à ceux qui ont été cités par M. Richelot, de dégénérescence épithéliomateuse du col après hystérectomie sub-totale.

L'an dernier, je recevais une lettre de notre regretté collègue Bouglé, qui me disait avoir observé dans le service de M. Reynier une femme atteinte d'épithélioma du col et qui avait été opérée autrefois par moi d'un fibrome.

J'adressai cette observation à Bouglé, ce qui fait que je ne puis la donner aujourd'hui *in extenso*, mais j'ai revu il y a quatre mois, en effet, cette malade atteinte d'un épithélioma ayant envahi le petit bassin. Je lui avais pratiqué en 1898, c'est-à-dire quatre ans avant la constatation première de son épithélioma du col, une hystérectomie sub-totale qui n'avait, du reste, donné lieu à aucun incident particulier.

Observations XXIX et XXX (*Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir.*, 21 juin 1905).

M. Richelot déclare qu'il a reçu du Dr Delangre de Tournai la note suivante : « J'ai pratiqué, en 1900, l'extirpation d'un moignon utérin, atteint de cancer, chez une femme qui avait subi en 1898, l'hystérectomie sub-totale pour fibrome à la clinique chirurgicale d'une Faculté belge.

« Un second cas m'est entièrement personnel. Il s'agit d'une femme à laquelle j'ai enlevé en 1901, par la sub-totale, un fibrome utérin du volume d'une tête d'enfant; en 1904, j'ai dû pratiquer l'exérèse du moignon utérin devenu épithéliomateux. »

« Dans les deux cas, la nature maligne de la lésion a été confirmée par l'analyse microscopique.

Observation XXXI (inédite de Beurnier, communiquée obligeamment par M. Richelot.)

Hystérectomie sub-totale pour kystes des ligaments larges. Épithélioma du moignon cinq ans après.

J'ai opéré, il y a cinq ans, en ville, Mme X..., âgée alors de 41 ans, de kystes multiples des ligaments larges.

L'opération fut longue et laborieuse, plusieurs de ces kystes étant suppurés, et je dus faire une hystérectomie sub-totale pour pouvoir tout enlever à cause des adhérences des kystes à l'utérus. Outre les kystes suppurés, il y en avait à contenu citrin, d'autres à contenu couleur chocolat. Tout se passa parfaitement et la malade fut rapidement guérie.

Je n'avais plus entendu parler d'elle, quand il y a six mois, elle vint me consulter pour des phénomènes d'entérite muco-membraneuse. Je profitai de cette occasion pour pratiquer le toucher vaginal et constater les résultats de mon opération. A ma grande surprise, je constatai un gros chou-fleur au niveau du moignon utérin, du volume d'une mandarine. La malade en ignorait l'existence et ne s'en plaignait pas ; mais depuis, elle vint me revoir tous les mois environ, sa santé générale baissait, et, bientôt, elle eut tout le ventre farci de noyaux néoplasiques énormes. Elle est morte, il y a quelques jours, de cachexie due à la généralisation néoplasique.

III. — ÉTIOLOGIE.

Comme pour les tumeurs malignes des autres organes, nous ne savons rien sur la **cause prochaine** de la dégénérescence cancéreuse du moignon cervical après hystérectomie supra-vaginale.

Mais, pour ce qui regarde les **causes prédisposantes** un fait capital domine l'histoire de cette dégénérescence. *Elle ne survient, en effet, dans l'immense majorité des cas que là où l'amputation supra-vaginale a été pratiquée pour utérus fibromateux.* Sur les trente et un faits de dégénérescence cancéreuse du moignon cervical que nous avons réunis, vingt-neuf ont trait à des hystérectomies sub-totales pour fibromes. Seules, l'observation XXXI de Beurnier et l'observation III de R. Lumpe font exception. Encore dans les réflexions dont il fait suivre son observation, R. Lumpe déclare-t-il qu'il n'est pas bien sûr que l'infiltration cancéreuse n'existait pas lorsqu'il pratiqua l'amputation supra-vaginale. Auquel cas, il ne s'agirait plus de dégénérescence secondaire du moignon cervical, mais d'épithélioma

du col méconnu au moment de l'hystérectomie supra-vaginale.

Cette constatation vient souligner encore davantage les relations mystérieuses qui unissent le fibrome au cancer de l'utérus, relations qui ont été bien établies dans ces dernières années. Voici comment s'exprimait déjà, à ce sujet, Richelot, dans sa communication à la Société de Chirurgie du 28 octobre 1903 sur les faits de dégénérescence cancéreuse du moignon cervical.

« Les faits que j'étudie en ce moment n'ont pour moi rien d'inattendu, car l'*utérus fibromateux* n'est pas seulement un terrain sur lequel peuvent pousser les tumeurs malignes, *il est le terrain sur lequel elles poussent* ; l'utérus fibromateux, c'est-à-dire ce trouble de nutrition dont les divers états forment une série ininterrompue où apparaît d'abord l'*utérus scléreux* de moyen volume, celui que Virchow a décrit dans son chapitre des myomes, sous le nom de métrite parenchymateuse, puis *l'utérus géant* fibromateux sans fibromes ou contenant quelques nodules gros comme des noisettes et perdus au milieu d'une masse hypertrophique ; enfin l'*utérus fibromateux proprement dit*, dans lequel la néoplasie qui envahit tout l'organe se dispose, çà et là, en forme de lobes et de lobules, de dimensions et de volume infiniment variés. »

« Dire que la sclérose utérine, sous ces diverses formes, précède et appelle les néoplasmes les plus graves peut paraître excessif ; car jusqu'ici on a toujours vu sinon un véritable antagonisme, du moins une séparation très nette entre les fibromes, tumeurs bénignes, et

les cancers; et toutes les fois qu'on a trouvé, dans le même utérus, un cancer à côté d'un fibrome, on a parlé de coïncidence fortuite, sans admettre ni relation ni parenté entre les deux affections. »

« Cependant si la tumeur maligne est un sarcome, les liens de parenté sont d'ores et déjà bien établis. La transformation sarcomateuse des fibromes est connue, elle n'est pas douteuse (1) ; elle se comprend d'elle-même et ne heurte aucune loi d'histogénie, puisque les deux espèces appartiennent à la série conjonctive. Or, à côté du fibrome, la paroi utérine est scléreuse et de structure identique ; le lobule fibreux n'est qu'un cas particulier de l'hypertrophie générale. Quoi d'étonnant à ce que la trame elle-même puisse devenir sarcomateuse, dans un utérus géant sans tumeur ou dans un pédicule, vestige de l'utérus hypertrophié ? »

Pour l'épithélioma, la relation est moins claire. La dégénérescence carcinomateuse des fibromes est une impossibilité histologique ; une tumeur fibreuse d'origine mésodermique n'a pas le droit de se muer en tumeur de la série épithéliale. Ce qui arrive, *c'est qu'un double processus envahit l'organe* ; un cancer né dans la muqueuse se propage au parenchyme et très naturellement, l'épithélioma gagnant de proche en proche et ne respectant rien, envahit la masse fibreuse. »

« Or ce double processus est d'une extrême fréquence et n'est pas l'effet du hasard. Nous avons tous vu des

1. Fehling. *Beit. zur. geb. und gyn.*, 1899, I, p. 488 ; O. de Franqué, *Zeitsch. f. geb. und. gyn.*, 1899, XL, p. 183.

cancers du col ou de la cavité utérine coïncider avec de gros fibromes ; mais ce que nous avons vu encore, sans le remarquer, *c'est l'état fibromateux inséparable du cancer.* Sur un grand nombre d'utérus enlevés parce qu'ils étaient cancéreux, nous avons trouvé dans la paroi des petits noyaux fibreux que nous n'avions pas prévus et qui nous ont paru dénués d'intérèt ; sur beaucoup d'autres, à coup sûr, il en existait que nous n'avons pas cherchés. Allons plus loin : tous nos utérus cancéreux, avec ou sans fibromes étaient des utérus plus gros qu'à l'ordinaire, hypertrophiés scléreux, tous présentaient les lésions de la « métrite parenchymateuse » de Virchow. Et ces lésions sont toujours les mèmes, qu'il s'agisse de l'utérus scléreux banal des arthritiques nerveuses, de l'utérus affecté de cancer du col de la cavité, de l'utérus pourvu de nodosités fibreuses ; lésions d'hyperplasie simple, absence d'éléments inflammatoires et d'infiltration leucocytaires ; intégrité histologique des fibres musculaires qui ne sont ni dissociées, ni interrompues par les travées fibreuses, mais qui sont augmentées de volume, augmentées de nombre au moins sur les utérus volumineux, où l'hyperplasie est aisée à constater par l'abondance des fibres cellules nucléées jeunes ; bandes de sclérose péri-vasculaire systématique très différentes des traînées de tissu conjonctif lâche, muqueux, parsemé d'hémorragies interstitielles et d'amas de cellules embryonnaires, qui dispersent et étouffent les faisceaux musculaires dans les utérus infectés. Je parle naturellement des cas types, et j'écarte ceux dans lesquels une infection secondaire

s'est greffée sur un utérus fibromateux, comme nous le voyons parfois chez nos malades. »

« Si toujours, à côté de l'épithélioma, on trouve les altérations du parenchyme qui sont le caractère propre de l'utérus fibromateux, j'en conclus forcément que cette hyperplasie est le terrain favorable à l'éclosion du cancer. »

« Reste à comprendre, après l'avoir constatée, cette relation tout d'abord mystérieuse entre l'affection parenchymateuse et la néoplasie épithéliale. Au demeurant, elle est fort simple. Tous les utérus dont il vient d'être question sont pourvus d'une muqueuse hypertrophiée dans toutes les parties. Sauf le cas d'infection surajoutée, l'épithélium de revêtement et celui des glandes sont intacts, normaux. Les glandes sont allongées, flexueuses, ramifiées, plus serrées et plus nombreuses, mais elles ne présentent pas d'altérations structurales, et ce caractère joint à l'intégrité du stroma et à l'absence d'infiltration leucocytaire, montre qu'il s'agit encore là d'une hypertrophie pure et simple. Telle est la « métrite glandulaire hypertrophique des auteurs », celle qui a fait dire à plusieurs que la métrite prédispose au cancer, celle dont Pozzi a dit que « si elle résiste pendant plusieurs mois à une série de curettages, elle montre par cela même une tendance à se transformer en épithélioma », celle enfin qu'on a toujours confondue avec la métrite infectieuse, comme si l'infection pouvait expliquer cette production nouvelle portant sur des éléments nobles et des organites compliqués, comme si l'invasion microbienne, qui altère et

détruit l'épithélium, qui laisse après elle des lésions atrophiques, pouvait en même temps donner la vie, créer des glandes et des fibres musculaires. Le malheur est que l'infection n'est pas rare et peut toujours intervenir pour troubler notre jugement, et c'est pourquoi les histologistes, en présence de certaines coupes, ont admis qu'elle pouvait souffler le chaud et le froid, détruire et espacer les glandes étouffées par le stroma, ou les faire plus serrées et plus nombreuses. C'est qu'ils ont vu sans doute, des muqueuses hypertrophiées que les microbes avaient envahies, et qu'ils n'ont pas su faire la distinction entre les deux processus. Combien de fois n'a-t-elle pas donné le change non seulement aux chirurgiens, mais encore aux maîtres du microscope, cette hypertrophie de la muqueuse utérine ? Tantôt l'histologiste avait dit « cancer » et le mal n'est pas revenu ; tantôt, il avait dit « métrite » et plus sûrement encore la récidive a démenti son affirmation. Le fait est qu'il y a des cas douteux et sur lesquels on hésite à se prononcer. Cette hypertrophie diffuse que les Allemands ont appelée *l'adénome bénin*, reste inoffensive tant qu'elle est nettement glandulaire ; mais si la lumière des glandes s'élargit, si l'épithélium se dispose en plusieurs couches, si les cellules deviennent métatypiques, c'est l'épithélioma qui commence ; si la cyto-diérèse, au lieu d'être orientée vers la lumière du tube, se désoriente, si les cellules altérées s'accumulent et bourrent les cylindres, le cancer bat son plein. On a vu sur des coupes, la transition de l'hypertrophie glandulaire simple à l'épithélioma, en

passant par ce stade improprement désigné sous le nom *d'adénome malin* et qui n'est autre que la première étape du cancer. »

Il n'est donc pas niable que l'hyperplasie des glandes utérines marque une tendance vers la néoplasie épithéliale. Or cette modification de la muqueuse accompagne invariablement les fibromes utérins, sa description est liée à celle de l'utérus fibromateux. Voilà comment celui-ci est le terrain propre au développement du cancer, et comment la dégénérescence du moignon est une chose naturelle, un fait auquel le clinicien peut s'attendre. »

Dans sa communication à la Société de Chirurgie du 1er juin 1904, Richelot revient encore sur les relations du fibrome et du cancer et cite de nombreux exemples de cancers coïncidant avec des fibromes ou leur succédant.

Enfin, Piquand, dans sa thèse de 1905, est venu donner un précieux appui aux idées soutenues par Richelot. Il étudie toutes les formes de dégénérescence fibreuse, calcaire, etc., auxquelles sont exposés les myomes dans la proportion de 30 0/0 des tumeurs opérées. Or, le cancer du corps de l'utérus se rencontre sept ou huit fois plus souvent chez les femmes atteintes de fibrome que chez les autres, et celui du col est encore plus fréquent. Sur 600 femmes « normales », on trouve 1 cancer du corps et 3 du col ; sur 600 fibromateuses, 9 cancers du corps et 12 du col.

La prédisposition de l'utérus fibromateux au cancer étant ainsi bien établie, rien d'étonnant à ce que les

faits de dégénérescence cancéreuse du moignon cervical aient été observés uniquement après des hystérectomies sub-totales pour fibromes.

Quelle est la fréquence de ces cas de dégénérescence du moignon cervical ? Il est difficile de faire une réponse exacte, dans l'état actuel de la question. La plupart des chirurgiens qui ont publié leurs observations de dégénérescence cancéreuse du moignon cervical ne disent pas sur quel nombre d'hystérectomies sub-totales ils ont constaté ces faits, même Richelot, qui pourtant possède quatre observations personnelles et s'est beaucoup occupé de la question. Bouilly dans sa longue pratique n'en a jamais rencontré. Routier (*Bull. de la Soc. de Ch.*, 1903, p. 987), Schwartz (*id.*, p. 990), J.-L. Faure (*id.*, p. 1025), Legueu (*id.*, p. 1028) n'ont jamais non plus observé, sur un nombre d'opérées relativement considérable, de faits de ce genre. Mais cette constatation ne signifie absolument rien, car beaucoup de ces opérées ont certainement été perdues de vue par leur chirurgien et ont pu parfaitement présenter une dégénérescence cancéreuse de leur moignon confiée aux soins d'un guérisseur quelconque, sans que le chirurgien qui avait pratiqué l'hystérectomie n'en ait jamais rien su.

Aussi émettons-nous le vœu que désormais les chirurgiens revoient régulièrement toutes leurs malades opérées par hystérectomie sub-totale, afin de pouvoir fixer exactement le nombre des cas où la dégénérescence épithéliale s'installe sur le moignon cervical.

Dans l'attente des renseignements certains que four-

nira cette pratique, nous proposons le chiffre 2 qui, certainement, ne doit pas être éloigné de la vérité. C'est le chiffre observé par Guinard (1) sur quatre-vingt-treize hystérectomies sub-totales, c'est également le chiffre des utérus fibromateux qui, selon la thèse de Piquand (1905), deviennent cancéreux.

Il était intéressant de rechercher combien de temps après l'hystérectomie sub-totale survient la dégénérescence cancéreuse du moignon utérus. Sur les trente et une observations que nous avons réunies, seules les observations XI et XXVII ne contiennent pas de renseignements à cet égard. Voici, consignés dans le tableau suivant, les résultats auxquels nous a conduit cette recherche pour les vingt-neuf autres observations:

Temps écoulé entre l'hystérectomie sub-totale et la dégénérescence du moignon	NOMBRE DE CAS	*Désignation des observations*
Moins de 1 an......	8	II, V, IX, XV, XVIII, XXII, XXIII, XXVI.
1 à 2 ans..........	7	III, VII, VIII, XIII, XIX, XXV, XXIX.
2 à 4 ans..........	6	VI, X, XVI, XVII, XXI, XXX.
4 à 5 ans..........	6	IV, XII, XX, XXIV, XXVIII, XXXI.
Au-dessus de 5 ans.	1	I.
Au-dessus de 10 ans.	1	XIV.

Comme il est facile de s'en rendre compte par l'examen de ce tableau, les faits de dégénérescence cancé-

1. *Bullet. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1903, p. 1032.

reuse du moignon cervical deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on s'éloigne de l'époque où a été pratiquée l'hystérectomie sub-totale. Un nombre relativement considérable de ces faits (8) ont été constatés dans la première année qui a suivi l'opération. Il est très probable que pour ces cas, l'infiltration cancéreuse existait déjà dans le col au moment où fut pratiquée l'opération et que le chirurgien est passé à côté sans le savoir. L'utérus étant enlevé le col a continué son évolution cancéreuse. Si dans ces huit observations il ne s'agit pas à proprement parler de dégénérescence cancéreuse du moignon, elles n'en prouvent pas moins une fois de plus les relations intimes qui unissent fibrome et cancer de l'utérus. Elles démontrent encore la nécessité pour le chirurgien, chaque fois qu'il se trouve en présence d'un fibrome à extirper, de procéder à un examen minutieux du col avant de se décider en faveur ou contre la sub-totale. Au moindre doute il devra pratiquer la totale.

Il est facile également de constater, d'après ce tableau, que pour les vingt et une autres observations, le maximum de fréquence de la dégénérescence du moignon est compris entre la première et la cinquième année écoulées depuis l'opération.

L'âge joue certainement un rôle dans la dégénérescence cancéreuse du moignon cervical après hystérectomie sub-totale. Les trente faits que nous avons réunis ont été uniquement observés sur des femmes âgées de 40 à 60 ans.

Il eût été intéressant de rechercher l'influence des

grossesses antérieures et des antécédents neuro-arthritiques, mais les observations publiées ne présentent pas de renseignements suffisamment précis à cet égard.

IV. — ETUDE CLINIQUE

I. — Symptômes. — La dégénérescence cancéreuse du moignon cervical, après hystérectomie supra vaginale ne se manifeste pas par des symptômes différents de ceux qu'on observe dans le cancer habituel du col de l'utérus. On peut s'en convaincre facilement par la lecture des observations qui constituent la base de notre travail.

Le début est généralement insidieux. Il existe d'abord une période latente, pendant laquelle les malades conservent toutes les apparences de la santé, même avec des lésions avancées. Aussi, est-il très rare d'observer les altérations initiales. L'attention est généralement attirée pour la première fois par une perte de sang souvent minime, survenant après une fatigue ou un effort de garde-robe. Cet accident est d'abord pris pour une irrégularité sans importance et passe inaperçu. Mais, par sa répétition il inquiète finalement, d'autant plus qu'il survient chez des femmes qui ne sont plus réglées puisqu'elles n'ont plus d'utérus. Parfois ces hémorra-

gies apparaissent assez régulièrement tous les mois et sont prises pour une restauration de la menstruation. Tel est le cas pour notre observation II où la malade se croyait encore réglée malgré l'absence de l'utérus.

Ces premières hémorragies ne sont pas le plus souvent fournies par une surface ulcérée; elles sont dues à la fluxion provoquée par la présence du néoplasme, jouant le rôle d'épine irritative. Ce processus a quelque chose d'analogue avec celui des hémoptysies dans les premières phases de la tuberculose pulmonaire.

La leucorrhée se présente aussi à ce moment, mais sans caractère spécial. Enfin des douleurs, des phénomènes réflexes du côté du tube digestif, de la circulation, du système nerveux, reproduisent le cycle pathologique caractérisé par Pozzi sous le nom de syndrome utérin.

Le diagnostic ne peut se faire sans le concours de l'examen local. On reconnaît alors par le toucher, l'induration, l'état papillaire ou ulcéreux du col. L'examen au spéculum montre l'aspect livide des tuméfactions, ou la teinte jaunâtre des surfaces ulcérées, et les végétations en chou-fleur ou en champignon.

Bientôt après survient une *seconde période* qu'on pourrait appeler *période d'état.* Tous les phénomènes sont plus marqués ; les hémorragies sont plus fréquentes ; l'écoulement devient rosé ou roussâtre, comme de la raclure de boyaux, de la lavure de chair, selon l'expression des malades d'hôpital; son odeur est fade, écœurante ou fétide et repoussante; son abondance et son âcreté provoquent un érythème des cuisses et un prurit

vulvaire des plus pénibles. En même temps, les douleurs, surtout lombaires, sont devenues plus fortes et il s'y joint des irradiations névralgiques diverses, plus particulièrement dans les cuisses ; ces douleurs se caractérisent par des élancements, des brûlures ou par des engourdissements. Elles sont tenaces et les hypnotiques ne les calment que temporairement.

A ce moment, par le toucher, on peut encore trouver les culs-de-sac du vagin libres ; mais ils sont déjà envahis le plus souvent.

Les renseignements donnés par le toucher et la palpation bimanuelle sont bien supérieurs à ceux que donne le spéculum. Il arrive de constater avec le doigt des lésions beaucoup plus étendues que celles que pouvait faire prévoir la vue. Parfois, un col qui paraît à peine tuméfié et légèrement ulcéré au spéculum, apparaît au toucher comme une grosse tumeur fixée profondément par une propagation avancée.

A cette période les troubles digestifs (anorexie, constipation, ballonnement du ventre), deviennent de plus en plus inquiétants et compromettent la nutrition générale.

La *troisième période* ou *période de cachexie cancéreuse* s'ouvre bientôt ; la peau prend une teinte jaune paille que Barnes a depuis longtemps attribuée à l'absorption d'une partie des matières fécales décomposées, retenues par la constipation opiniâtre (caprémie). Elle offre en outre une sécheresse et une rudesse particulières. C'est alors que surviennent les phénomènes douloureux de cystite, les névralgies intolérables produites

par la compression ou l'envahissement des nerfs, les phlegmatia alba dolens, les fistules.

L'examen local révèle la propagation du néoplasme aux parties voisines.

A ce moment déjà, un autre accident est sournoisement entré en scène : l'urémie. L'analyse des urines démontre le faible taux auquel est tombée l'élimination de l'urée, ce qui témoigne non seulement de la débilitation générale mais aussi de l'insuffisance du filtre rénal.

Peu à peu, l'urémie devient chronique. Elle constitue alors un réel bienfait pour les malades dont elle émousse à la fois l'intelligence et la sensibilité. Elles survivent quelques jours encore dans un état de somnolence demi-comateuse, répondant à peine aux questions, immobiles et indifférentes à ce qui les entoure. Puis elles s'éteignent doucement : du moins c'est ainsi que meurent la plupart des malades. Il est, en effet, fort rare d'observer les convulsions de la forme éclamptique ou la forme dyspnéique de l'urémie

La péritonite par propagation ou par perforation ou l'embolie peuvent hâter l'issue fatale. Il est certain aussi, que la septicémie due à la résorption des matériaux putrides entre pour une grande part dans les accidents ultimes, surtout si un traitement convenable n'est pas institué ; elle peut alors à elle seule entraîner la mort.

II. — **Diagnostic.** — Étant donné le caractère tardif de la triade fonctionnelle (sang, pertes sales, douleurs), le diagnostic doit s'efforcer de reconnaître objective-

ment le mal dès ses premiers symptômes. La découverte d'une cicatrice opératoire sur la paroi abdominale et l'interrogatoire suffiront toujours pour reconnaître qu'il s'agit d'un moignon d'hystérectomie sub-totale et non pas d'un col appartenant à un utérus normal. Des pertes séreuses ou séro-sanguinolentes, des hémorragies survenant malgré l'absence de l'utérus doivent faire penser tout de suite à la dégénérescence cancéreuse possible de ce moignon. Deux cas sont de diagnostic difficile : 1° une érosion papillaire peut être prise pour le début d'un carcinome végétant de la portion vaginale ; 2° un épithélioma cavitaire peut être difficile à reconnaître à cause de la profondeur de son siège intra-cervical. Le signe de Laroyenne est utilisé pour trancher la première difficulté : un coup d'ongle entame la plaque ulcérée du cancer tandis qu'une ulcération de métrite ou un ectropion granuleux n'offre point cette friabilité. La certitude n'est cependant établie que par l'examen histologique d'un fragment. Dans le cancer cavitaire, endocervical, la muqueuse s'ectropionne ordinairement en une ulcération bourgeonnante friable, saignante, dont on fait une prise d'un coup de curette et qu'on examine au microscope. Si cette hernie muqueuse n'existe point on dilate le col à la laminaire.

Quand il s'agit d'un cancroïde de forme végétante, le diagnostic n'offre aucune difficulté : cette masse fongueuse, bourgeonnante, saignante, ne prête à aucune erreur.

Toutes ces considérations sont relatives au cancer à

ses débuts. Car plus tard, l'envahissement des parties voisines, les progrès de l'ulcération, la fréquence des métrorrhagies et l'abondance d'une sécrétion fétide rendront le diagnostic facile.

Il est cependant une affection avec laquelle on pourrait confondre le cancer du moignon, du moins à cette période : c'est un corps fibreux du col arrêté par un étranglement ou des adhérences au niveau du museau de tanche dilaté et effacé, lorsque ce corps fibreux a été altéré par une décomposition spontanée, ou par des applications intempestives de caustiques. Il peut, en effet, y avoir récidive de fibrome dans le moignon. Sorel en rapporte un cas dans le *Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon* du 4 mai 1906. Hâtons-nous de dire que c'est le seul que nous ayions trouvé.

Hémorragies, écoulement fétide, aspect fongueux et sphacélé de néoplasme, tout concourt alors à la confusion ; la malade épuisée par une anémie profonde, paraît même atteinte de cachexie cancéreuse. Il n'est qu'un signe qui puisse faire éviter l'erreur, mais il est pathognomonique : on doit toujours rechercher l'orifice externe du col; dans le cas de corps fibreux dégénéré, on le sent comme une collerette mince mais continue autour de la tumeur. Il est possible d'întroduire l'extrémité de l'index entre ce diaphragme et la masse morbide ; fréquemment aussi, cette dernière est dans sa partie vaginale, lisse, ferme et exempte d'ulcérations.

Une partie très importante du diagnostic est *le diagnostic de la propagation*. La palpation bi-manuelle,

le toucher vaginal et rectal combinés à l'abaissement méthodique du moignon utérin, donneront des notions précises à ce sujet ; on aura recours au besoin à l'anesthésie pour faire plus commodément cette exploration, capitale au point de vue de la décision opératoire.

III. — **Pronostic.** — Bien entendu, comme tous les autres cancers, le cancer du moignon cervical a une marche absolument fatale.

La durée moyenne de la maladie dans les observations que nous avons recueillies est de seize à dix-sept mois.

L'âge des malades a une réelle importance.

Le cancer évolue d'autant plus vite que les femmes sont plus jeunes.

La forme du cancer doit être également considérée pour le pronostic. Il y a des cancers peu saignants, peu végétants (de la forme cavitaire, variété dure), qui peuvent mettre plusieurs années à évoluer surtout si la malade est d'un certain âge.

L'anurie est une des complications qui assombrissent le plus le pronostic. Elle est survenue fréquemment dans nos observations, et elle amène rapidement la mort des malades qui, sans cet accident, auraient pu vivre encore assez longtemps.

V. — TRAITEMENT

En présence d'une dégénérescence cancéreuse du moignon cervical après hystérectomie sub-totale, quel traitement faut-il appliquer? A ce point de vue il n'y a pas de doute. Le traitement curatif devra être pratiqué, chaque fois qu'on en aura le choix. C'est-à-dire que, chaque fois que par un examen minutieux on aura constaté des lésions pas trop avancées, un moignon mobile, sans adhérences avec les tissus et les organes voisins, un état général de la malade relativement satisfaisant, on devra recourir à l'éxérèse, aussi complète que possible, par la voie vaginale ou par la voie abdominale, du moignon cancéreux et des tissus voisins infiltrés.

De ces deux voies, abdominale et vaginale, laquelle doit-on préférer? Dans l'immense majorité des cas, l'exérèse sera pratiquée par la voie haute.

Il existe d'abord des indications formelles pour la voie haute : la laparotomie est indiquée quand l'opération par le vagin offre des difficultés par suite de *l'étroitesse de ce canal. La destruction profonde du col* empê-

chant toute prise sur lui est encore une indication précise d'exérèse abdominale. De même *l'envahissement particulièrement avancé de la lèvre antérieure et de la paroi antérieure du moignon,* faisant craindre une infiltration des tissus autour de la partie terminale des uretères, surtout lorsqu'il s'y joint un peu d'oligurie et des troubles stomacaux ou nerveux pouvant être attribués à un début d'urémie chronique par gêne dans l'élimination de l'urine. La voie abdominale seule, dans ces cas, permet, par une dissection attentive, de dégager les uretères des indurations qui les compriment. *L'envahissement par l'ulcération des culs-de-sac vaginaux* est encore une indication d'intervenir par l'abdomen car il est beaucoup plus facile de bien disséquer le vagin de haut en bas que de bas en haut. Enfin, il existe souvent *des adhérences du moignon cancéreux* avec les organes voisins : épiplon, intestin, vessie, rectum, et il est beaucoup plus facile de séparer ces adhérences par la voie abdominale.

En résumé, la voie vaginale sera réservée aux cas où la dégénérescence cancéreuse du moignon peut être observée tout à fait à son début et est limitée bien exactement à une partie seulement du museau de tanche. Elle garde alors sa plus grande simplicité et son asepsie relative.

Mais, il ne faut pas se le dissimuler, les cancers du moignon cervical opérables, restent la minorité parmi ceux qui arrivent à l'examen des chirurgiens. Dans les observations que nous avons recueillies, bien peu nombreux sont les cas où cette exérèse totale a pu être pratiquée.

Le plus souvent le chirurgien doit se contenter du *traitement palliatif*, c'est-à-dire enlever avec la curette les fongosités putrides et pratiquer l'antisepsie vaginale.

L'intrument de choix pour pratiquer le curettage est la curette tranchante de Simon qui attaque très facilement les masses cancéreuses ; on évide, rapidement, avec l'instrument de gros modèle les fongus volumineux, puis on poursuit les végétations dans les anfractuosités avec les curettes plus petites. Il faut manœuvrer avec les plus grandes précautions dans les zones dangereuses et notamment en avant à cause de la vessie et des uretères. On fait suivre le curettage d'une énergique cautérisation avec le thermocautère qui poursuit au loin par son rayonnement les traînées néoplasiques et les frappe de mort au milieu des tissus sains plus résistants. On protège le vagin contre les irradiations du fer rouge par des valves en bois, le métal étant trop bon conducteur de la chaleur. On peut renouveler plusieurs fois ce traitement à quelques semaines ou plusieurs mois d'intervalle. A moins d'une contre-indication formelle tirée de l'état général de la malade, il est préférable de recourir à l'anesthésie.

Après le curettage, un tampon de gaze iodoformée est placé dans la cupule ou la caverne produite par l'évidement et renouvelé au bout de deux jours. On peut ensuite s'en tenir aux injections avec le permanganate de potasse à 1/2000, l'eau oxygénée dédoublée, le sublimé à 1/5000.

Le traitement que nous venons d'exposer est celui

que recommande le professeur Pozzi dans son *Traité de gynécologie.*

Au lieu de la cautérisation ignée, on a employé à l'étranger les solutions alcooliques de brome (à 1/5) ; il faut alors protéger le vagin par un tampon imbibé d'une solution de bicarbonate de soude. La pâte de Casquoin, le caustique de Filhos, le perchlorure de fer, l'acide acétique, l'acide nitrique, l'acide chromique ont eu des défenseurs ardents ; mais les très nombreux accidents (perforations, péritonites, etc.), dus en particulier à l'emploi des flèches, en ont fait presque abandonner l'emploi : cependant il faut reconnaître que le chlorure de zinc manié avec prudence peut rendre de réels services. On place sur le col de petits tampons d'ouate, imbibés de la solution à 2/3 de chlorure de zinc et on les laisse en place de douze à vingt-quatre heures. Pour neutraliser les effets du caustique sur le vagin, on superpose des tampons imbibés d'une solution concentrée de bicarbonate de soude et on enduit la vulve de vaseline au bicarbonate de soude (à 1/3) ; l'escarre tannée se détache vers le dixième jour.

Pour en finir avec les caustiques, il faut mentionner la cautérisation par le carbure de calcium conseillée et appliquée pour la première fois par Guinard (1) en 1896.

On introduit dans le vagin, contre le champignon néoplasique de petits fragments de cette substance qu'on maintient en place avec un tampon de gaze ou de coton hydrophile. Sous l'influence des sécrétions

1. Guinard. *Bull. de l'Acad. de Méd.* 1896, 7 avril.

liquides qui se produisent à la surface de la tumeur, le carbure se décompose en acétylène et oxyde de carbone. Au bout de quarante huit heures on enlève le tampon et on administre une injection. Il s'est formé une eschare qui, en tombant, entraîne les parties exubérantes du néoplasme. D'après Guinard, ces applications auraient pour résultat de supprimer la fétidité, les pertes sanieuses et de faire cesser la douleur pendant un certain temps. La malade de notre observation II a été ainsi traitée et s'en est bien trouvée.

VI. — LA DÉGENÉRESCENCE CANCEREUSE POSSIBLE DU MOIGNON CERVICAL DOIT-ELLE FAIRE ABANDONNER L'HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE ?

Nous arrivons ici au chapitre qui est l'aboutissant naturel de tout ce qui précède et en qui réside tout l'intérêt pratique de cette étude. Ainsi donc la littérature médicale offre un nombre relativement élevé déjà de cas, trente et un (1), où l'hystérectomie sub-totale a été suivie de dégénérescence cancéreuse du moignon. Dans l'immense majorité de ces cas (vingt-neuf), il s'agissait d'hystérectomies pratiquées pour fibromes. En conséquence, en présence d'un fibrome à extirper, ne doit-on pas préférer la totale, qui, elle, ne sera certainement pas suivie de cette dégénérescence ? Oui, répondra-t-on tout d'abord, car, de cette façon, on diminue les chances de mortalité.

1. Nous faisons en effet rentrer dans ce chiffre les huit cas où l'infiltration cancéreuse paraît avoir existé déjà au moment où fut pratiqué l'hystérectomie sub-totale. Il est bien évident, en effet, que si, à ce moment, on avait pratiqué la totale, on n'eût pas par la suite noté la dégénérescence du moignon cervical et qu'on eût supprimé une chance de mortalité en plus.

En réalité, la question est beaucoup plus complexe et de l'examen impartial des faits il est assez difficile de tirer une conclusion ferme.

En premier lieu, *l'hystérectomie totale est insuffisante à mettre à l'abri d'une dégénérescence cancéreuse de la région opérée.* Voici quelques observations en effet, où la dégénérescence cancéreuse s'est produite au niveau de la cicatrice vaginale d'une hystérectomie totale.

Observation XXXII (Bazy, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1904, p. 614).

Hystérectomie abdominale totale pour fibrome. Dégénérescence épithéliale au niveau de la cicatrice vaginale six ans après.

G. M..., cuisinière, 54 ans, opérée le 22 juillet 1898. Hystérectomie abdominale totale pour fibrome et salpingite suppurée gauche :

Incision médiane de 15 centimètres environ, allant de l'ombilic au pubis. Après avoir traversé la couche graisseuse sous-cutanée, on ouvre l'abdomen et l'on constate que la vessie remonte derrière la paroi abdominale antérieure. L'abdomen ouvert, l'on constate des adhérences de l'épiploon à la tumeur du côté gauche, et de la face postérieure de la vessie à cette tumeur. Après avoir détaché ces adhérences, on extrait la tumeur au moyen du tire-bouchon. On va cueillir dans le bassin les annexes droites puis les annexes gauches, lesquelles sont aug-

mentées de volume, indurées. En rompant des adhérences, on ouvre un abcès placé au niveau du pavillon de la trompe : le pus est séreux, blanchâtre, très odorant. Les anses intestinales sont protégées par des compresses. On achève l'ablation de l'utérus comme de coutume ; pincement des ligaments larges des utérines, détachement d'un lambeau péritonéal en avant de l'utérus. Section du vagin. Cautérisation de la muqueuse vaginale. Suture en surjet des parois vaginales, ligature des pédicules vasculaires ; suture du péritoine, drain, surjet au catgut.

La malade revient dans le service le 2 juin 1904.

Elle dit souffrir au niveau de la région pubienne depuis un mois environ, et depuis deux mois avoir des pertes rougeâtres. L'on constate un prolapsus rectal. Sur la face vaginale de la cloison recto-vaginale existe une ulcération.

Le doigt introduit dans le vagin tombe sur des indurations occupant toute la paroi antérieure et le fond de l'organe. Le doigt revient du vagin recouvert de sanies et d'un liquide rougeâtre qui fait croire assez à de l'urine. La malade raconte d'ailleurs qu'elle perd son urine depuis deux jours. La malade venant d'uriner, une sonde introduite dans la vessie n'en ramène qu'un peu de liquide purulent. Une solution de bleu de méthylène injectée dans la vessie passe dans la cavité vaginale.

Après introduction d'une valve, l'on peut voir au fond du vagin une surface framboisée, panachée de rouge et de noir, comme s'il y avait là une ulcération. Cette ulcération est saignante.

La malade présente en outre une éventration latérale.

Observation XXXIII. Beurnier. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1904, p. 616).

Hystérectomie abdominale totale pour fibrome. Dégénérescence cancéreuse au niveau de la cicatrice vaginale dix-huit mois après.

Il s'agit d'une malade à laquelle furent enlevés, il y a cinq ans, par la voie vaginale deux polypes fibreux utérins.

A la fin de 1902, elle subit une hystérectomie totale pour fibrome volumineux. Tout alla bien jusqu'au commencement de cette année; à ce moment, elle se mit à souffrir au niveau de la partie profonde du vagin et à remarquer de légers écoulements rosés.

Actuellement, elle présente au niveau de la cicatrice vaginale un épithélioma ulcéré, facile à constater à la vue et au toucher ; de la partie supérieure de cette cicatrice part une tumeur abdominale en chou-fleur, végétante, du volume du poing environ, adhérente au rectum et à la vessie. La marche très rapide de ce néoplasme et les délabrements nécessaires pour enlever cette tumeur, ainsi que l'état général très affaibli de cette malade, m'ont décidé à l'abstention.

Observation XXXIV (Quénu. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1905, p. 602.)

Dégénérescence épithéliale d'une cicatrice vaginale quatre ans et demi après une hystérectomie totale pour salpingite.

Je viens d'observer une dégénérescence épithéliale avancée d'une cicatrice vaginale survenue quatre ans et demi après une hystérectomie totale pour salpingite. Ma malade, âgée de 51 ans,

fut opérée le 12 janvier 1900, pour une salpingite double. Je crus devoir faire une totale. Jusqu'à il y a quatre mois la santé a été bonne ; à cette date des pertes sont apparues. Aujourd'hui, j'ai constaté une dégénérescence cancéreuse de la cicatrice vaginale.

Observation XXXV (Albert Martin, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1904, p. 530)

Hystérectomie totale pour fibromes. Dégénérescence cancéreuse de la cicatrice vaginale trois ans et demie après.

Femme de 39 ans. Hystérectomie pour fibromes le 28 janvier 1897. L'utérus est enlevé en totalité. Avant d'ouvrir le ventre et pour faciliter l'extirpation abdominale, on incise d'abord les culs-de-sac par la voie basse, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale et on rase la surface du col pour éviter sûrement la vessie et l'uretère. « Il est probable dit l'auteur, qu'il est resté un peu de tissu utérin sur la plaie vaginale. » La malade est revue en octobre 1900, elle se plaint d'hémorragies; on trouve dans le fond du vagin un cancer envahissant les parois, qu'on traite par le curettage et le fer rouge ; l'évolution est lente, la malade vaque à ses occupations pendant deux ans et demi, puis la cachexie se prononce et la mort survient en août 1904.

D'après les observations qui précèdent, il est donc incontestable que l'hystérectomie totale peut, elle aussi, être suivie de dégénérescence cancéreuse de la cicatrice vaginale.

Mais il est un second point de vue, qui malgré la dé-

générescence cancéreuse possible du moignon cervical doit nous faire préférer l'hystérectomie subtotale à la totale : *c'est la mortalité opératoire plus grande de cette dernière opération.*

Pozzi, dans son *Traité de gynécologie de* 1905 (tome I), fixe pour sa pratique personnelle à 9 0/0 la mortalité opératoire de la totale pour fibromes, 5 0/0 seulement celle de la sub-totale. En faisant la moyenne des résultats obtenus par les autres opérateurs qu'il mentionne, on trouve des chiffres sensiblement égaux. Il s'agit également d'hystérectomies pratiquées pour fibromes.

Hystérectomie totale.

S. Pozzi	46	cas	4	morts
Terrier.	93	»	6	»
Delagenière . . .	30	»	2	»
Nélaton.	20	»	2	»
Richelot.	135	»	8	»
Grois	71	»	13	»
Ricard.	49	»	7	»
Shauta	106	»	16	»
Czempin	44	»	6	»
Mackenrodt . . .	7	»	0	»
Dœderlin.	31	»	1	»
Zweifel	16	»	2	»
Wertheim. . . .	14	»	1	»
Doyen.	35	»	3	»
Martin	26	»	5	»

Herzfeld	20	»	2	»
Schwazenbach . .	46	»	11	»
Hartmann . . .	31	»	3	»
Redlich	231	»	16	»
Soit . . .	1071	cas avec	107	morts

ce qui fait une moyenne de 10 0/0.

Hystérectomie abdominale subtotale.

S. Pozzi	57	cas	3	morts
Terrier	19	»	4	»
Brook H. Wells. .	99	»	2	»
Herzfeld	24	»	3	»
D. de Ott	189	»	20	»
Bouilly.	20	»	5	»
Duncan.	127	»	4	»
Hofmeier	118	»	5	»
Schwarzenbach . .	77	»	6	»
Gzempin.	19	»	4	»
Vorwinkel. . . .	101	»	9	»
Lauwas.	200	»	6	»
Soit . . .	1120	cas avec	71	morts

ce qui fait une moyenne de 6, 31 0/0.

En ajoutant à la mortalité de l'hystérectomie sub-totale 6 0/0, le chiffre 2 que nous avons cru devoir proposer comme étant celui des cas où cette opération est suivie de dégénérescence cancéreuse du moignon, le total 8 est encore inférieur très sensiblement au chiffre de la mortalité opératoire de la totale : 10. Jusqu'à nouvel ordre, malgré la dégénérescence cancéreuse

possible du moignon, l'hystérectomie sub-totale doit donc être préférée à la totale.

Il est bien évident, que ces chiffres n'ont rien d'absolu, comme tous les chiffres de statistiques d'ailleurs, car trop d'éléments différents rentrent dans leur composition. Et si des statistiques plus récentes où des procédés opératoires plus perfectionnés venaient à nous démontrer l'hystérectomie totale comme aussi peu grave et aussi facile que la sub-totale, la dégénérescence cancéreuse possible du moignon devrait faire rejeter cette dernière opération. A ce propos, rappelons que le 9 mars 1906 Chaput a décrit, à la Société de chirurgie, une nouvelle technique d'hystérectomie abdominale totale qu'il a appliquée dans quarente-cinq cas avec une seule mort. Rappelons aussi qu'Hector Treub (1) d'Amsterdam, avec son procédé d'hystérectomie abdominale totale n'obtient qu'une mortalité de 2 0/0.

Enfin, Richelot, dans les discussions qui ont eu lieu à la Société de Chirurgie sur les faits de dégénérescence cancéreuse du moignon, a toujours prétendu que la totale était aussi facile et aussi rapide que la sub-totale et qu'en pratiquant, comme lui le faisait, la désinsertion vaginale, l'hémostase exigeait au maximum une minute de plus. Il faut reconnaître en outre que Richelot qui pratique toujours de préférence la totale, n'obtient pour cette dernière opération qu'une mortalité de 6 0/0, la même que les autres chirurgiens pour la sub-totale.

1. Hector Treub. *Bullet. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1904 p. 347.

VII. — CONCLUSIONS

I. — La dégénérescence cancéreuse possible du moignon cervical après hystérectomie sub totale est un fait incontestable.

Nous avons pu réunir trente et un cas où cette dégénérescence n'était pas douteuse. Dans huit de ces cas, cependant, il paraît ne pas s'agir à proprement parler de dégénérescence secondaire du moignon, mais de coexistence, méconnue au moment de l'opération, d'un fibrome avec cancer du col au début.

II. — Ces cas ont été pour ainsi dire uniquement observés après hystérectomies sub-totales pour fibromes. Nouvelle preuve des relations qui existent entre fibrome et cancer de l'utérus et précieux appui à la thèse récemment soutenue par Richelot, et confirmée par Piquand, que le fibrome prédispose au cancer.

III. — A mesure qu'on s'éloigne de l'époque où fut pratiquée l'hystérectomie, la dégénérescence du moi-

gnon devient de plus en plus rare. Son maximum de fréquence est compris entre la première et la cinquième année écoulées depuis l'opération.

IV. — Malgré l'insuffisance des renseignements fournis par les divers opérateurs à cet égard, la proportion des cas de dégénérescence cancéreuse du moignon cervical semble devoir être fixée, dans l'attente, à 2 0/0 des hystérectomies sub-totales pratiquées pour fibromes.

V. — Cette proportion est insuffisante pour nous faire choisir, dans le cas de fibromes, l'hystérectomie totale de préférence à la sub-totale. En effet, en l'ajoutant au chiffre de la mortalité opératoire de la sub-totale, on reste encore sensiblement au-dessous de la mortalité opératoire de la totale (10 0/0). A mortalité égale, il resterait encore en faveur de la sub-totale d'être une opération plus simple, plus rapide et dont l'hémostase se fait plus facilement.

D'ailleurs la totale ne met pas à l'abri d'une dégénérescence cancéreuse possible de la cicatrice vaginale.

VI. — Dans huit des observations que nous avons réunies, la dégénérescence du moignon a été constatée et les symptômes se sont précipités si peu de temps après l'hystérectomie sub-totale qu'il semble bien que dans ces cas, un épithélioma du col à ses débuts ait été méconnu au moment de l'opération.

Quand les chirurgiens se trouveront donc, en présence d'un fibrome à extirper, avoir à choisir entre la sub-totale et la totale, un examen minutieux du col devra être fait avant et pendant l'opération. L'association du cancer et du fibrome est fréquente : au moindre doute l'hystérectomie abdominale totale devra être pratiquée.

VII. — Il est nécessaire que les chirurgiens revoient désormais régulièrement, au moins tous les six mois, leurs opérées par hystérectomie sub-totale. Cette pratique permettra de reconnaître et de traiter la dégénérescence cancéreuse du moignon aussitôt qu'elle apparaîtra, ainsi que d'en déterminer le pourcentage exact.

Il est à souhaiter aussi que les chirurgiens notent très exactement au point de vue mortalité opératoire les résultats différents qu'ils obtiennent dans la totale et la sub-totale pour fibromes. Peut-être qu'à la lumière de ces renseignements plus précis, la dégénérescence cancéreuse possible du moignon cervical fera pencher la balance en faveur de l'hystérectomie abdominale totale.

VIII. — En présence d'une dégénérescence cancéreuse du moignon cervical, le traitement curatif, c'est-à-dire l'exérèse aussi large que possible des tissus infiltrés, devra être pratiqué chaque fois qu'on le pourra. La voie abdominable semble préférable à la voie vaginale. Il y a souvent en effet des adhérences de moignon cancéreux avec les organes voisins : épiploon, vessie,

rectum, etc., et il est plus facile de séparer ces adhérences par la voie abdominale.

Quand les lésions seront trop avancées, on devra se contenter du traitement palliatif : curettage et cautérisation ignée. La curette devra être maniée avec beaucoup de précautions à cause du peu d'épaisseur que présente souvent le moignon cancéreux et d'une perforation possible.

Vu : le Président de la thèse
LE DENTU

Vu : le Doyen
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie,
LIARD

VIII. — BIBLIOGRAPHIE

CONDAMIN. — Dégénérescence épithéliomateuse du moignon utérin après hystérectomie supra-vaginale (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, 27 décembre 1900 et *Semaine gynécologique*, 1902, p. 113).

RICHELOT. — Communications à la Société de Chirurgie (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 10 nov,, 24 nov., 8 déc., 15 déc., 1903. — 29 mars, 7 juin, 14 juin 1906. — 6 juin et 27 juin 1905).

R. LUMPE (Salzburg). — Ein fall von karzinomentwicklung an einem nach supravaginaler amputation zurückgebliebenen Cervixstumpfe (*Zentralblatt f. gyn.*, 1905 nº 44).

— Nachtrag zu meinen in nº 44 dieses Zentralblattes veroffentlichten Falle von karzinombildung an einem nach supra vaginaler Amputation des utérus zurückgelassenen Cervixstumpfe (*Zent. f. gyn.*, déc., 1905).

ANDREW F. CURRIER. — On the possibility of the developpement of cancer in the cervicalstump following supravaginal hysterectomy (*New-York médical Journal*, 28 juillet 1906).

G. Grey. Turner. — A case of cancer of the cervix after supravaginal hysterectomy fer fibroïd (*Brit. Méd. Journal*, 14 octobre 1905).

Hegar. — Zur sogenannten carcinomatösen degeneration des Uterusmyom (*Beit. zur Geb. und. Gyn.*, 1901, tome IV, p. 403).

X. Bender et G. Lardennois. — De la dégénérescence épithéliomateuse des fibromyomes de l'utérus (*Bull. Soc. Anat.* 1904, n° 8, octobre).

A. Combris. — Coïncidence des fibromes avec le cancer du corps de l'uttérus. (Paris 1905).

Cameron (S.-J.-M.). — Some complications and degenerations of uterine myomata (*Glasgow. Méd. Journ.* 1905, LXIV, p. 441.)

Sorel. — Dégénérescence cancéreuse du col après hystérectomie subtotale (*Bull. Soc. de Chir. de Lyon*, 4 mai 1906).

Karl Kober. — Beitrage zur operationen Myombehandlung (*Beit. zur Geb und Gyn.*, t. VIII, p. 465).

Deaner (J.-B.) — Hysterectomy for fibroïds of the uterus with a report of 250 opérations (*Ann. J. obst. N.-Y.*, 1905 LII. 858).

Boekel. (J.) (Strasbourg). — De l'hystérectomie abdominale totale et subtotale (*Rev. de Gyn. et de Chir. abdom.*, 30 juin 1906).

Cazenave. — Considérations cliniques et opératoires sur une série de 144 cas d'hystérectomie abdominale pour fibromes (*Rev. de Gyn. et de Chir. abd.* Hft° 4, 10 août 1905).

Gillot. — Des opérations d'hystérectomies abdominales totales et supra-vaginales pratiquées pour fibromes utérins dans le service de E. Schwartz Oct. 1897 à juillet 1901. (*Thèse* de Paris, 1905).

Piquand. — Les dégénérescences des fibromes (*Thèse* de Paris, 1905).

Lepage. — Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer utérin par le carbure de calcium (*Thèse* de Paris, 1905).

Winter. — Die malignen und benignen degenerationen der Utérusmyom (*Zeitsch. fur geb. und. gyn*, Bd. LVII. Hft. I, p. 8).

Pozzi. — Traité de gynécologie, 1905, tome 1.

Ricard. — Fibrome utérin et cancer du col ignoré par Savariaud (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 25 déc. 1906, p. 1090).

Lescure. — Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer du col de l'utérus (*Thèse* de Paris, 1905-1906).

Burckard. — Moignon utérin après hystérectomie supra-vaginale (*Zeit. für Geb. und Gyn.*, t. 58, analysé in *Semaine Médicale*, 1906, p. 545).

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris